

медицинским обслуживанием является предметом социальной защиты населения в вопросах охраны здоровья в новых экономических условиях.

Проведенное исследование предоставило независимую оценку текущего состояния здравоохранения Первоуральска на основе восприятия пациентами и демонстрирует, что качество медицинского обслуживания признается ими низким. Пациентов беспокоит невнимательность и равнодушие медицинского персонала, рост платных услуг при получении стационарного лечения, незаинтересованность медицинских работников в здоровье пациентов. Несмотря на высокую осведомленность, относительно своего здоровья, большинство населения не осведомлено о своих правах как пациентов и имеют низкие знания о социальной защищенности.

Пациенты – главные получатели медицинских услуг, должны стать сегодня активными участниками (субъектами) системы охраны здоровья. Для этого, прежде всего, требуется создание доверительных отношений между врачами, страховыми медицинскими компаниями и пациентами. В новых рыночных условиях врачи, организаторы-управленцы медицинских учреждений и страховых медицинских компаний нуждаются в понимании нужд, предпочтений пациентов, знании причин, препятствующих выполнению врачебных рекомендаций и многое другое.

А.П. Ивачева (Екатеринбург)

Самооценка ветеранами качества жизни после офтальмохирургического лечения

В советский период медицинская помощь оценивалась преимущественно с точки зрения врача без учета мнения пациента. Современные изменения в статусе пациента неминуемо приводят к трансформации патерналистских традиций в отечественной медицине. Сфера взаимоотношений пациента и медицинского учреждения в новых экономических реалиях отечественного здравоохранения требует учета субъективного мнения в качестве критерия оценки социальной эффективности медицинского обслуживания. Качество медицинской помощи, определяющее показатель социальной эффективности здравоохранения, должно стать характеристикой, отражающей степень адекватности технологии, выбранной для достижения положительной динамики в состоянии здоровья конкретного пациента.

Множество проблем возникает при оценке качества здоровья, то есть оценке здоровья, как параметра качества жизни. Это отчасти связано с тем, что сам термин "качество жизни" не имеет общепринятого значения в службах здравоохранения и научной литературе. Термин "качество жизни" вошел в обиход в развитых странах.

В нашей стране под качеством жизни (life quality) чаще всего подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

На базе Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн осуществляется исследование качества жизни (посредством самооценки состояния жизнедеятельности) ветеранов после офтальмохирургического лечения как важного индикатора социальной эффективности медицинского обслуживания.

Объектом социологического мониторинга социальной эффективности офтальмологического обслуживания явились пациенты госпиталя, находившиеся на стационарном лечении в 19-м офтальмохирургическом отделении. Результаты проведенного ранее пилотажного исследования удовлетворенности пациентов госпиталя качеством офтальмологического обслуживания свидетельствуют о высоком профессиональном уровне трудового коллектива, применяемых им технологий диагностики и лечения, организации ухода. Кроме того, в ходе пилотажного исследования были выявлены позитивные изменения самооценки качества жизни (состояния жизнедеятельности) бывшими пациентами после проведенного лечения, что потребовало дальнейшего углубленного изучения, результаты которого представлены в данной работе.

Для исследования данной проблемы методом полужформализованного интервью изучалась самооценка состояния жизнедеятельности бывшими пациентами офтальмохирургического отделения, состоящими на диспансерном наблюдении, в ходе очередного медицинского контроля результатов, проведенного ранее оперативного лечения по поводу катаракты.

Всего было опрошено более 300 чел. Кроме того, в зависимости от срока очередного контроля результатов лечения респонденты были поделены на три группы, что дало возможность проанализировать сравнительные изменения самооценки самообслуживания в динамике: первая группа – 3 месяца; вторая – 6 месяцев и третья – 12 месяцев после проведенного лечения. Из них 45% мужчины и 55% – женщины. В опросе приняли участие респонденты в возрасте от 41 до 80 лет и старше. В том числе: 69% опрошенных составили возрастную группу от 61 до 80 лет, старше 80 лет – 22, от 51 до 60 лет – 5, от 41 до 50 лет – 4%.

Полученные данные самооценки некоторых параметров состояния жизнедеятельности респондентов после офтальмохирургического лечения проанализированы по следующим критериям: способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к трудовой деятельности, способность к ориентации. *Способность к самообслуживанию* – способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены. *Способность к самостоятельному передвижению* – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности. *Способность к трудовой деятельности* – способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы. *Способность к ориентации* – способность определяться во времени и в пространстве.

Ограничения состояний жизнедеятельности по условиям проводимого опроса допускали возможность выбора респондентами следующих оценочных суждений своих способностей, как до лечения, так и после проведения операции экстракции катаракты по следующим критериям:

Результаты исследования. Анализ самооценки состояния жизнедеятельности пациентов после оперативного офтальмохирургического лечения (экстракция катаракты) убедительно доказывает наличие достоверного дрейфа оценочных суждений в сторону позитивных изменений качества жизни. В целом отмечается стабильная позитивная динамика показателей самооценки состояния жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к ориентации) в исследован-

ных группах независимо от срока, прошедшего после операции (3 мес., 6 мес., 12 мес.). В частности, выявлен достоверный дрейф оценочных суждений о позитивных изменениях степени (3-я; 2-я; 1-я; полная способность) ограничений жизнедеятельности после проведенной операции, что демонстрирует достигнутую высокую социальную и медицинскую эффективность. Исключением в данной закономерности является неоднозначная динамика самооценки «способности к трудовой деятельности», что требует дополнительного изучения.

Критерии оценки состояния самообслуживания	Полная способность к самообслуживанию	Ограничения самообслуживания		
		1 степень	2 степень	3 степень
		Способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств	Способность к самообслуживанию с помощью других лиц	Неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц
Критерии оценки способности к самостоятельному передвижению	Полная способность к самостоятельному передвижению	Ограничения передвижения		
		1 степень	2 степень	3 степень
		Способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени	Способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц	Неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц
Критерии оценки способности к трудовой деятельности	Полная трудоспособность и трудовая занятость без ограничений	Ограничения трудовой деятельности		
		1 степень	2 степень	3 степень
		Ограниченная способность к трудовой деятельности по своей профессии	Неспособность выполнять трудовую деятельность по своей профессии	Неспособность к любой трудовой деятельности
Критерии оценки способности к ориентации	Полная способность к ориентации	Ограничения ориентации		
		1 степень	2 степень	3 степень
		Способность к ориентации при использовании вспомогательных средств	Способность к ориентации, требующая помощи других лиц	Неспособность к ориентации (дезориентация)

Предложенная методика исследования качества жизни бывших пациентов после офтальмохирургического лечения, посредством анализа самооценки состояния жизнедеятельности может быть использована в системе контроля и обеспечения качества медицинского обслуживания для оценки медико-социальной эффективности.